?e Année. — 2e série. NUMÉRO 73. — PRIX : 25 CENTIMES. 21 Octobre 1880

PARIS MÉDICAL

JOURNAL
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

DIRECTEUR
E. BOUCHUT

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
CHEVALIER DES SS. MAURICE ET LAZARE, D'ISABELLE LA CATHOLIQUE,
COMMANDEUR DE CHARLES III.

On s'abonne pour un an, à partir du 1er de chaque mois, rue Antoine-Dubois, 2, chez tous les libraires et dans tous les bureaux de poste.
Paris et départements. **10 fr.**
Pour l'Etranger. . . . **15 fr.**
le port en plus.

Les mémoires, les lettres, les journaux et les livres peuvent être adressés aux **Bureaux du Journal**, rue Antoine-Dubois, 2, ou chez le Dr **Bouchut**, rue de la Chaussée-d'Antin, 38.

Paraissant tous les Jeudis

Les ouvrages dont il est déposé deux exemplaires au Bureau sont annoncés et analysés s'il y a lieu.

5e Année. — (2e Série.) Numéro 73 21 Octobre 1880

PARIS MÉDICAL

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des réflexes tendineux.

1118. — Dans un travail récent très bien fait le Dr Petitclerc expose comme il suit les phénomènes et les causes des réflexes tendineux.

D'une façon générale, on désigne sous le nom de réflexes tendineux la contraction brusque et rapide des muscles, provoquée par l'irritation de leur tendon ; voici comment se fait en clinique cette excitation dans les différents cas.

Si l'on fait asseoir un individu sain, si on lui fait croiser les jambes, de façon que celle qui est placée sur l'autre soit abandonnée à elle-même, ballante, et que l'on vienne à frapper sur le tendon rotulien de cette même jambe, un coup sec avec le bord cubital de la main ou avec un marteau de percussion, on verra la jambe se relever et s'abaisser sous forme d'oscillation, à la suite de chaque coup porté sur le tendon.

Voilà le type des réflexes tendineux, le phénomène du genou dont on peut constater l'existence sur tout individu sain.

On l'obtient également de la manière suivante, le sujet étant couché. On soulève le membre inférieur, on le soutient dans un léger degré de flexion avec la main placée sous le jarret, de telle façon que tous les muscles de la jambe soient dans le relâchement, et on frappe sur le tendon rotulien de la manière indiquée plus haut; on observera également le soulèvement et l'abaissement de la jambe. A ce même sujet, on peut également faire croiser une jambe sur l'autre à demi fléchie, ou bien, on le fait asseoir au bord du lit et le phénomène se produit à volonté.

En répétant ces expériences, on remarque que la jambe est d'autant plus facilement projetée en hauteur que le coup a été plus violent et plus sec. Cependant il y a de grandes différences dans la facilité de provoquer les réflexes chez les divers sujets en dehors de tout état pathologique, ainsi que l'a constaté M. O. Berger. Mais dans certaines affections spinales, il suffit souvent du plus petit choc avec le bout du doigt pour produire un réflexe énergique.

On arrive également à constater que la percussion du ligament rotulien dans toute son étendue est le moyen le plus facile de produire le réflexe du triceps fémoral; qu'un coup même assez violent porté sur la rotule elle-même ne produit aucun effet; que le réflexe se produit, mais d'une façon imparfaite, en frappant sur les côtés de cet os et sur son bord supérieur; qu'il existe un espace triangulaire à sommet dirigé en haut, correspondant au tendon du triceps, espace dont la percussion même légère provoque facilement le réflexe. Dans quelques cas, la percussion même légère du tendon rotulien provoque dans le triceps une forte contraction suivie de deux autres plus petites, accompagnées chacune d'un mouvement de soulèvement de la jambe.

Au tendon d'Achille, il en est de même, si, la jambe étant dans le relâchement, on vient à frapper avec le bord cubital de la main, ou avec un marteau de percussion une suite de coups secs sur le tendon d'Achille, chaque coup sera suivi d'un léger mouvement d'abaissement de la plante du pied, dû à la contraction du triceps sural. Le muscle doit être dans un état moyen de tension ; la meilleure manière pour obtenir le réflexe est de placer le pied à angle droit, les genoux dans la demi-flexion, le sujet étant couché sur le côté. On le produit chez les sujets sains, du moins dans la généralité des cas.

Si, à l'état normal, on ne constate d'ordinaire le phénomène du réflexe tendineux que sur le triceps fémoral et sur le triceps sural, dans les cas pathologiques on l'observe sur une foule d'autres muscles; mais auparavant, nous allons nous occuper du *phénomène du pied* ou, comme on l'appelle chez nous, de la *trépidation provoquée*. Voici la description de ce symptôme:

« Quand on soulève le membre inférieur paralysé d'un hémiplégique, en plaçant une main sous le jarret, de façon que la jambe du malade soit abandonnée à elle-même, ballante, si, à l'aide de l'autre main, on relève brusquement la pointe du pied, immédiatement on provoque une série de secousses, dont l'ensemble constitue une sorte de mouvement rhythmé, de tremblements à oscillations plus ou moins régulières et persistantes » (Charcot.). Il est bien entendu qu'il s'agit ici d'un hémiplégique en état de contracture, ou tout au moins de contracture latente.

Souvent, il n'y a même pas besoin de fléchir, ni de soulever la jambe. Celle-ci étant dans l'extension, on saisit la partie antérieure de la plante du pied avec la paume de la main, on exerce rapidement une forte pression en cherchant à fléchir le pied sur la jambe, et on le maintient dans cette position; alors commence la série d'oscillations rhythmiques du pied. Ces oscillations se suivent très rapidement. Ainsi que l'ont indiqué Erb et Westphal, une flexion lente ne provoque pas le réflexe: cependant dans certains cas, il apparaît sous l'influence d'une flexion répétée et relativement lente ; mais, ce qu'ils n'ont pas décrit, c'est que plus la pression est énergique et brusque, plus les oscillations sont rapides et plus leur nombre est considérable chez un même individu dans un espace de temps donné.

Le phénomène est plus ou moins facile à obtenir, suivant

les cas; souvent il apparaît rapidement, sous l'influence d'une pression légère sur la plante du pied, mais quelquefois il est nécessaire d'exercer une pression brusque et très-énergique. On l'a vu prendre naissance, le pied étant accroché à un pli du drap du lit, ou même par la simple percussion du tendon d'Achille et continuer pendant assez longtemps; dans d'autres cas, il ne se produit que lorsqu'on a imprimé avec une certaine force quelques mouvements à l'articulation du pied.

Quelquefois, ce n'est pas seulement le pied, mais tout le membre qui est agité de secousses convulsives. La rapidité des oscillations rhythmiques est variable chez les différents sujets, suivant l'état pathologique de la moelle, et dépend également de la pression, ainsi que nous venons de le dire. Mais, quel que soit l'état pathologique, on n'a jamais obtenu le phénomène du pied, ni celui du genou, la jambe étant dans l'extension forcée.

Peut-être pourrait-on rapprocher du phénomène du pied le tremblement qui se produit, lorsque quelqu'un étant assis, élève pendant un certain temps le talon, en ne laissant reposer à terre que la pointe du pied. On sait que ce tremblement existe beaucoup plus facilement chez les individus fatigués, car chez eux le pouvoir excito-moteur de la moelle est augmenté.

Le clonus du pied disparaît, dès que l'on cesse la pression de la main, ou bien il cesse de lui-même, après une dernière oscillation, malgré la continuation de la pression. On abandonne alors le pied à lui-même, après une première expérience, et le phénomène peut bientôt se reproduire un certain nombre de fois. Souvent aussi on voit les mouvements spasmodiques continuer pendant un court espace de temps après la cessation de la flexion du pied. On peut également les arrêter, en fléchissant le gros orteil, découverte due à Brown-Séquard. Cependant MM. Erb et Westphal prétendent que cela n'arrive que dans les cas où l'on produit en même temps la flexion plantaire (*plantarflexion*), c'est-à-dire quand on fait cesser la flexion du pied sur la jambe (*dorsalflexion*).

Lewinski explique l'arrêt du phénomène par l'influence de la compression. Dans un de ses cas, la flexion du gros orteil n'avait aucune influence sur le phénomène, mais le faisait disparaître en pinçant fortement la peau du dos du pied; dans l'autre cas, cette flexion arrêtait les mouvements rhythmiques : on arrivait au même résultat en comprimant les gros orteil du même côté, ou du côté opposé, mais le pincement de la peau du dos du pied n'avait aucune action.

Nothnagel a constaté dans plusieurs cas de maladie de la moelle, présentant le phénomène du réflexe tendineux du genou et du pied, qu'on pouvait en pressant sur le nerf crural, ou le nerf sciatique, faire cesser les réflexes du côté correspondant ou du côté opposé.

Aux extrémités supérieures, le réflexe du triceps est souvent très net et très évident, quand on percute son tendon, le bras étant soutenu à demi fléchi, les muscles en état de relâchement, la main dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination. Il en est de même de celui du biceps que l'on recherche, le bras étant soutenu dans l'extension. On le provoque aussi sur le long supinateur, sur les deux radiaux, sur les fléchisseurs de la main et des doigts et sur leurs extenseurs. On sait que l'on produit à la main, mais beaucoup moins souvent qu'au pied, le phénomène de la trépidation provoquée. Pour y arriver, on pratique brusquement l'extension forcée de la main sur le poignet et l'on voit survenir les secousses cloniques du phénomène de la main. Dans certains cas, il suffit, comme l'indique Bouchard, de soulever le membre contracture par le bout des doigts pour voir apparaître le tremblement.

Certains réflexes tendineux sont des phénomènes normaux, d'autres, au contraire, sont des phénomènes pathologiques. M. O. Berger a eu l'idée de rechercher l'existence et par conséquent l'absence des réflexes tendineux chez les individus sains; ses expériences ont porté sur 1409 personnes saines en apparence, dont 900 soldats. Il a constaté que l'intensité du réflexe rotulien varie dans des limites très grandes, que son existence normale est souvent faiblement accentuée et difficile à démontrer. Sur 22 hommes bien portants, soit 1,56 pour 100, il a noté l'absence du réflexe tendineux du genou.

Le réflexe du tendon d'Achille existe en règle générale, mais il manque dans la proportion de 20 pour 100; le phénomène du pied ne se rencontre chez l'homme sain que d'une façon exceptionnelle.

Les autres réflexes tendineux ne se rencontrent qu'à l'état pathologique. La strychnine augmente, la morphine diminue la vivacité des réflexes tendineux.

Eulenburg les a recherchés sur 214 enfants. Voici ses conclusions. Le phénomène du genou pouvait être provoqué d'une façon manifeste chez six enfants sur sept qui furent examinés le premier jour après la naissance. Par contre, le phénomène du pied ne put être constaté qu'une seule fois.

Chez les enfants de une à quatre semaines, le phénomène du genou ne fit jamais défaut, si ce n'est chez un petit garçon âgé de treize jours et affecté d'atrophie. Habituellement le phénomène était plus accusé d'un côté que de l'autre. Sur 113 enfants âgés de plus d'un mois, il y en eut sept (six filles et un garçon), chez lesquels la percussion du tendon rotulien fut impuissante à provoquer le soulèvement de la jambe; chez tous les sept, la santé était languissante et la nutrition plus ou moins compromise.

Ces phénomènes sont d'ordre réflexe et celui du tendon rotulien que l'on étudie de préférence a son siège ou son centre dans les parties inférieures de la moelle (Schultze et Fürbringer), à l'origine du nerf crural (Tschirjew), et l'excitation se fait au niveau des nerfs aponévrotiques intermédiaires au tendon rotulien et au muscle triceps.

Les mensurations du temps réflexe et les tracés de la contraction du triceps témoignent également en faveur de l'acte réflexe, car, d'après ce que l'on connaît de la vitesse du courant nerveux, le réflexe a largement le temps de se produire dans l'espace de 50 millièmes de seconde. Ce temps est beaucoup plus long que celui nécessaire à l'excitation directe, et la contraction n'est pas en rapport avec une irritation locale aussi peu énergique que celle qui agit d'habitude.

Le phénomène du pied doit être considéré comme un acte réflexe produit sous l'influence de l'irritabilité pathologiquement augmentée de la moelle, car à l'encontre du phénomène du genou, il n'y a pas trace du signe du pied à l'état normal.

Pour étudier comment se comportent les réflexes tendineux au point de vue pathologique et voir quelles sont les maladies qui produisent leur exagération et quelles sont celles qui déterminent la disparition des réflexes tendineux normaux, c'est-à-dire du phénomène du genou, il faut considérer d'une façon générale quelles lésions de la moelle influent sur ces phénomènes.

On sait déjà qu'en sectionnant les cordons postérieurs de la moelle on abolit le réflexe du genou, par conséquent on ne sera pas étonné de le trouver absent dans l'ataxie locomotrice ; mais l'arc réflexe est également interrompu en totalité ou en partie dans les affections liées aux altérations de la substance grise antérieure, si ces altérations s'étendent jusque dans la région lombaire.

Il est établi, d'un autre côté, que les cordons latéraux représentent le substratum anatomique où réside le point de départ de toutes les contractures. « La coïncidence constante de cette lésion, dit M. Straus, avec un symptôme univoque, la contracture, l'une apparaissant dès que l'autre s'est affirmée, force donc à établir un lien entre eux et à rapporter le fait de la contracture à l'existence de l'induration scléreuse du cordon latéral. » Cependant il ne faut pas prendre la chose à la lettre, car on peut voir la sclérose sans la contracture et la contracture sans la sclérose, par exemple dans l'hystérie. On trouve une exagération des réflexes tendineux dans les cas où l'on observe cette contracture, c'est-à-dire dans les dégénérescences systématiques primitives ou secondaires des cordons antéro-latéraux. Cependant, après M. Charcot, l'exagération des réflexes tendineux et la contracture ne surviennent que parce qu'il y a, dans ce cas, une irritation permanente des cellules motrices des cornes grises antérieures, et, dans l'hystérie, cette irritation a lieu la plupart du temps sans qu'il y ait une dégénérescence des cordons latéraux.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS. — MÉLANGES.

MALADIES DU LARYNX. — M. CASELLI.

1119. — Extirpation complète du larynx, du pharynx, de la base de la langue, du palais et des amygdales. — Guérison avec restauration complète naturelle de la déglutition et restauration artificielle du langage, par le professeur Cav. Azzio Caselli, de Reggio-Emilia (Bologna 1880). — *Annales des maladies du larynx.* — Le 29 août 1879, entra à l'hôpital de Santa-Maria-Nuova de Reggio-Emilia une jeune fille de 19 ans, Giuseppina Casali, non encore réglée, atteinte d'un épithélioma du larynx, du pharynx, du voile du palais et de la base de la langue. Elle était obligée pour manger, boire et cracher, de se boucher les narines avec les doigts. En outre elle respirait très difficilement, avec bruit ; elle était sujette à des accès de suffocation extrêmement pénibles et dangereux, et enfin elle dépérissait de jour en jour par suite de l'insuffisance de la nutrition. Après plusieurs examens au laryngoscope et un examen microscopique d'une portion de la tumeur, le professeur Azzio Caselli se décida à tenter l'ablation de tous les organes atteints par la terrible néoplasie.

L'opération eut lieu le 20 septembre. La jeune malade fut anesthésiée au moyen du chloroforme.

M. Azzio Caselli commença par faire, avec le couteau galvano-caustique, une petite ouverture sur la ligne médiane du cou, correspondant aux 3e, 4e et 5e anneaux de la trachée. La trachée fut perforée en cet endroit, et le trou élargi avec le dilatateur de Laborde ; puis la canule-tampon de Treudelemburg fut introduite dans la trachée. (Cette canule-tampon est une canule d'argent recourbée comme celle dont on se sert pour la trachéotomie ordinaire, et munie à son extrémité d'une sorte de manchon en gomme élastique, qui une fois rempli d'air au moyen d'une pelote de caoutchouc, comprime la trachée au-dessus de l'ouverture pratiquée et empêche ainsi la chute du sang dans les bronches.) Cela fait, la chloroformisation fut continuée par le tube inhalateur adapté à l'instrument et l'opération fut reprise. M. Caselli incisa au moyen du couteau galvano-caustique toute la peau de la ligne médiane du cou, depuis l'ouverture de la trachée jusqu'au bord libre du maxillaire inférieur ; puis il incisa, couche par couche, jusqu'au cartilage thyroïde en faisant écarter les muscles par deux crochets mousses. La glande thyroïde fut enlevée et toute la surface antérieure des cartilages thyroïde et cricoïde mise à découvert. L'opérateur contourna le larynx avec les doigts et détacha, au moyen de deux anses galvano-caustiques, les ligaments thyroïdiens latéraux, le médian, tous ceux en un mot qui unissent le cartilage thyroïde à l'os hyoïde. Le cartilage thyroïde fut alors soulevé, isolé des tissus voisins en partie avec le couteau galvano caustique et détaché du cartilage cricoïde que M. Caselli voulait conserver le croyant encore sain ; mais il n'en était pas ainsi, et il fallut enlever à son tour le cartilage cricoïde qui fut coupé au niveau du premier espace interannulaire de la trachée. Avant de trancher complètement cette dernière on l'attacha, au moyen de deux fils de soie Lister, pour qu'elle ne rentrât pas trop derrière le sternum. L'opérateur fut alors obligé pour élargir l'ouverture, afin de s'assurer des limites atteintes par la néoplasie, de diviser avec une tenaille ostéotomique l'os hyoïde dans sa partie médiane. Jusque-là, deux ligatures seulement avaient été faites avec le catgut sur les deux branches des artères tyroïdiennes supérieures. On s'assurait, de temps en temps avec les doigts, de la position de toutes les artères et spécialement des carotides, et la malade était soumise, de temps en temps, par le tube inhalateur, aux vapeurs du chloroforme.

L'opérateur, assuré des limites du néoplasme, isola le pharynx, plaça une anse de platine autour de l'œsophage en la faisant passer dans le tissu cellulaire antérieur et postérieur afin que le canal alimentaire n'éprouvât point de rétraction par suite de son excision ou d'efforts de vomissement, puis l'œsophage fut tranché au niveau de son union avec le pharynx.

Alors survint un incident : la malade cessa complètement de respirer ; la respiration artificielle fut aussitôt pratiquée, mais l'opérateur tranquillisa les assistants en leur faisant observer que probablement ce n'était que le prélude d'efforts de vomissements déterminés sans doute par action réflexe à la suite du traumatisme de l'œsophage. Et, en effet, des efforts de vomissements ne tardèrent pas à se produire.

Lorsqu'ils furent terminés, M. Caselli enleva avec le couteau-galvano-caustique une portion de la base de la langue et de l'épiglotte atteintes par l'épithélioma.

Puis la bouche fut maintenue ouverte par l'ouvre-bouche américain et ce fut par cette ouverture que l'opérateur incisa tout le palais membraneux, la portion supérieure du pharynx au niveau de l'ouverture postérieure des narines, les piliers du voile du palais, les deux amygdales et les dernières adhérences du pharynx, après quoi le néoplasme put être extrait par l'ouverture faite au cou. Là finit la partie sanglante de l'opération qui ne dura pas moins de trois heures et 10 minutes, mais qui n'entraîna pas la perte de plus de 50 grammes de sang.

Une sonde œsophagienne en gutta-percha fut introduite dans l'œsophage, et on y injecta au moyen d'une seringue un peu de vin généreux. La patiente, interrogée si elle avait souffert, répondit négativement par un signe de tête. Priée de tirer la langue, elle le fit sans difficulté, ce que l'opérateur lui-même, malgré ses soins pour conserver les mouvements de cet organe, espérait à peine.

La plaie fut lavée avec une solution phéniquée (18 p. 1000), puis les deux moitiés de l'os hyoïde furent réunies par deux gros fils de catgut, on fit une pulvérisation phéniquée à la Lister et la peau fut recousue au moyen de points de suture avec des fils de soie Lister.

La canule pour la respiration fut assujettie, comme d'ordinaire dans la trachéotomie, et les accessoires nécessités par l'opération furent enlevés; une gaze légère mouillée fut placée devant l'orifice externe de la canule pour modérer l'entrée et la sortie de l'air et s'opposer à l'introduction de corps étrangers. Sur le cou furent appliqués 8 morceaux de gaze phéniquée de Lister. La malade fut ensuite confiée aux soins des étudiants qui veillèrent sur elle tour à tour jour et nuit. Dans les vingt-quatre heures, la température oscilla entre 36° et 38°. Des aliments furent injectés régulièrement par la sonde œsophagienne. D'abord vomis, ils furent bientôt très bien supportés et la digestion se fit parfaitement. L'eschare produite par le galvano-cautère s'élimina et la plaie se ferma dans les conditions ordinaires. L'œsophage qu'on avait eu soin d'attirer un peu en haut au moyen de liens arrêtés derrière les oreilles, ne tarda pas à adhérer aux parties voisines ainsi que la trachée, de sorte qu'on put enlever bientôt les liens. Le pansement Lister fut renouvelé chaque jour, et le quinzième jour après l'opération, la malade put quitter son lit.

Au bout d'un mois, on essaya de supprimer la sonde œsophagienne, et l'on ne fut pas peu émerveillé de voir la déglutition se produire parfaitement. La jeune fille put avaler sans difficulté des aliments solides et liquides qu'on osait à peine d'abord lui présenter; elle passa bientôt de la viande hachée à la viande rôtie, elle put boire d'un trait un grand verre de liquide sans qu'il en revint une goutte par les narines ; toutefois elle remédia bientôt aux renvois en fermant avec ses doigts l'entrée du nez. Quant à la parole, elle fut restituée grâce à un appareil ingénieux construit par M. Romualdo Caffari, habile mécanicien amateur de Reggio. Giuseppina fut présentée à l'Académie médicale de Bologne et elle exécuta devant une nombreuse assemblée la déglutition d'aliments solides et liquides. Elle put aussi également converser longuement et intelligiblement, et ce fut à l'unanimité et à des applaudissements répétés, que l'Académie décerna, séance tenante, à l'auteur d'une si remarquable opération la médaille d'honneur.

Les premières expériences d'extirpation du larynx ont été faites sur des chiens par Czerny en 1870. Depuis lors l'opération a été faite par Billroth sur un homme atteint de cancer du larynx. L'opération a réussi et le malade est mort trois mois après par récidive. Elle a été faite 16 fois, par divers chirurgiens, au dire de M. Kapff dans sa thèse soutenue à Tubingue 1870. Six fois, il y a eu mort comme suite directe de l'opération : six opérés ont succombé plus ou moins longtemps après par suite de récidive du mal. Il en est cinq dont on n'a pas eu de nouvelles.

1120. — Des localisations cérébrales. — Le *Bulletin du Nord* publie l'observation suivante prise par Th. Chotin, (service du Dr Parise, suppléant M. Follet, et dont voici le résumé. — Plaie du cuir chevelu ; méningo-encéphalite traumatique consécutive ; ramollissement rouge des circonvolutions frontales et pariétales ; aucune paralysie ; mort douze jours après l'accident.

Le 21 mai, vers midi, on amenait à l'hôpital Saint-Sauveur le nommé L... (Modeste), âgé de 67 ans, qui venait d'être renversé une heure et demie environ auparavant par les chevaux d'un char et avait été violemment projeté sur le côté de la voie par le chasse-corps de la voiture.

On constate une solution de continuité de la peau de la région temporale, d'environ quatre centimètres. Le blessé présente en outre quelques contusions légères à la région supéro-postérieure de la tête, près de la bosse occipitale.

Nulle part on ne constate de fractures.

Une hémorrhagie assez abondante avait eu lieu au moment de l'accident, mais elle avait complètement cessé à l'arrivée du malade à l'hôpital. La plaie est rasée et les deux lèvres de la solution de continuité sont réunies avec des bandelettes collodionnées.

Des compresses d'eau froide sont appliquées sur le crâne.

Le 22, à la visite du matin, on trouve le blessé dans un état de dépression qui montre qu'il est encore sous le coup de l'accident; on peut cependant le tirer de cet état par des paroles prononcées à haute voix; mais de lui-même il ne peut nous donner aucun renseignement sur ce qui s'est passé et il ne paraît pas s'en souvenir.

L'examen attentif des différentes parties du corps ne décèle aucun trouble, ni de la motilité ni de la sensibilité.

Le 23, le blessé est sensiblement mieux ; la plaie du cuir chevelu paraît devoir se réunir par première intention ; le malade reprend peu à peu ses sens et commence à répondre à nos questions, mais avec lenteur.

Le 28, la fièvre s'est allumée pendant la nuit : on trouve le blessé dans un état d'agitation extrême ; il a été nécessaire de l'attacher à son lit ; avec l'agitation est venu le délire.

Temp. Matin 38° = Temp, Soir 39° = P. 104 — 116.

Le 29, l'agitation et le délire continuent ; le regard est hébété; resserrement de la pupille gauche; strabisme convergent et sensibilité vive à la lumière. La somnolence du blessé est presque continue. Du côté de la motilité nous ne constatons aucun trouble pas de paralysies étendues ou limitées ; nous ne constatons en outre aucune perte de la sensibilité. État semi-comateux.

Le 1er, le blessé ne sort pas du coma ; il porte incessamment la main gauche à la tête pour éloigner le sachet rempli de glace ; pas de paralysies, pas de contractures. Cet état comateux se prolonge et se termine par la mort le 2 juin à midi.

Autopsie pratiquée trente heures après la mort. — Le cerveau a montré les lésions suivantes :

Les artères de la base sont plaquées de taches athéromateuses dilatées à leur point de bifurcation et remplies de sang fluide noir.

La face inférieure du cerveau présente, disséminés sur plusieurs points, six petits foyers de ramollissement rouge (encéphalite aiguë) dont les dimensions varient depuis celle d'un pois à celle d'un noyau de cerise.

Ces foyers se répartissent ainsi :

1° Un à l'extrémité antérieure et à la face inférieure des deux circonvolutions frontales ;

2° Trois autres sur les points culminants des circonvolutions du lobe sphénoïdal gauche;

3° Le sixième siège à l'extrémité postérieure de la circonvolution médiane du lobe sphénoïdal droit.

Il ressort donc nettement de cette topographie que les altérations portent sur les points culminants des circonvolutions, c'est-à-dire sur les parties les plus sujettes à être contusionnées dans la commotion du cerveau.

Les foyers sont formés par une sorte de bouillie rouge entourée de parenchyme cérébral ramolli, dans lequel la matière colorante du sang a plus ou moins diffusé; à leur niveau la pie-mère est quelque peu adhérente.

Le parenchyme cérébral est fortement injecté d'une teinte rose lilas sombre; dans l'épaisseur de la substance blanche (centre ovale), deux petits foyers hémorrhagiques récents, sis l'un côté de l'autre, du volume d'un petit pois. Dans le noyau lenticulaire droit, deux noyaux jaune ocreux du volume d'une petite lentille.

Dans l'épaisseur du noyau lenticulaire, deux foyers jaune ocreux pisiformes; ces lésions sont anciennes et par suite n'ont rien à voir avec le traumatisme qui a causé la mort.

Le cœur est sensiblement hypertrophié; le ventricule gauche dilaté et les parois pourvues de leur épaisseur normale.

L'aorte est fortement athéromateuse à son origine; les valvules sigmoïdes ferment convenablement.

Il y a une dégénérescence kystique des reins.

1121. — De l'hypnotisme et de la catalepsie comme moyen de démonstration in vivo de la localisation de la faculté du langage. — On sait, depuis les expériences de Braid, combien il est facile de mettre certains sujets en état d'*hypnotisme* et de *catalepsie.* M. Lépine a utilisé ces phénomènes pour faire quelques expériences sur la localisation de la faculté du langage, M. Ballet vient de la reproduire. En voici le résumé:

L'*hypnotisme* se caractérise par les traits principaux suivants: 1° Les membres soulevés retombent et ne conservent pas la position qu'on leur a donnée. Mais les muscles et les nerfs jouissent d'une excitabilité extrême, si bien qu'en excitant les différents nerfs superficiels on obtient immédiatement la contracture des muscles qui en dépendent; 2° La malade conserve la faculté du langage, elle répond aux questions, compte, récite des vers, chante suivant l'ordre qu'on lui a donné et suivant, bien entendu, l'état de ses connaissances. Elle est encore capable d'écrire et de dessiner.

Par le geste elle rend et exprime différents sentiments: elle sourit, elle menace de la main, ou envoie un baiser suivant la volonté de l'expérimentateur.

Ce qu'il y a d'important à retenir, c'est la conservation de la faculté de communiquer avec le monde extérieur par la parole, l'écriture ou les gestes.

Il est facile de faire passer cette malade de l'état hypnotique à celui de *catalepsie*; il suffit de lui ouvrir les yeux et de laisser la lumière venir impressionner la rétine.

Aussitôt la scène change: 1° L'hyperexcitabilité nervo-musculaire a disparu, les membres gardent les attitudes qui leur sont communiquées: c'est la catalepsie. 2° Chose remarquable, toute manifestation extérieure de la pensée est abolie. La malade ne parle plus, ne répond plus. Elle ne fait plus aucun geste, et *à fortiori* elle est incapable d'écrire, de dessiner. Il est donc entre les deux états hypnotique et cataleptique des différences bien nettes.

Continuons l'exposé de ces faits merveilleux. Il est possible de provoquer chez la même malade les deux espèces de sommeil à la fois, c'est-à-dire de mettre la moitié gauche en catalepsie et la droite en hypnotisme, et *vice versâ.*

Pour ce faire, on hypnotise la malade par les procédés ordinaires, puis on ouvre l'un des yeux en laissant l'autre clos. L'hémisphère cérébral qui répond à l'œil clos (par suite de l'entrecroisement des nerfs optiques, c'est l'hémisphère opposé) resté en hypnotisme, et celui qui répond à l'œil ouvert entre en catalepsie. On a donc une hémi-léthargie et une hémi-catalepsie sur le même sujet.

Une malade est hypnotisée; elle parle, écrit, fait des gestes. Ouvrons-lui l'œil gauche, nous plongeons l'hémisphère droit en catalepsie; la malade continue à parler et à gesticuler. Mais tout cela va changer si, fermant l'œil gauche, nous ouvrons au contraire l'œil droit; c'est-à-dire si nous mettons en catalepsie le cerveau gauche, siége présumé de la faculté du langage. Aussitôt le sujet se tait, ne répond plus aux questions; s'il a commencé une phrase, elle reste inachevée; il lui est impossible de faire un signe, un jeu de physionomie.

Une hystérique étant hypnotisée, on lui ordonne de compter. Elle commence par le chiffre 1 et automatiquement poursuit sa numération. Nous ouvrons l'œil gauche (hémisphère droit), la malade ne s'interrompt pas; nous ouvrons l'œil droit (cerveau gauche), elle s'arrête, puis se remet spontanément à compter aussitôt que la paupière droite est rabaissée.

L'expérience est nette: si l'on met le cerveau gauche en catalepsie, la faculté du langage est abolie.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

1122 — Académie de médecine (12 octobre). — Après la lecture d'une lettre de M. Pasteur par laquelle il retire tout ce qu'il a pu dire de blessant à M. Jules Guérin, et l'élection de M. Legouest comme vice président, l'Académie reprend le cours de ses travaux.

Recherches expérimentales sur la voix au point de vue de l'intensité du son. — M. Krishaber lit un travail qui se termine par les conclusions suivantes:

1° Les cordes vocales génératrices du son, réduites à elles seules, ne produisent que des bruits très faibles dont la valeur musicale est difficile à déterminer.

2° L'intensité de ces sons primaires des cordes vocales est puissamment renforcée par les cavités pharyngo-buccale et pharyngo-nasale qui forment résonnateurs.

3° Le vestibule et les ventricules du larynx sont sans influence sur l'intensité du son chez l'animal sur lequel j'ai expérimenté, et dont le larynx présente une grande analogie avec celui de l'homme.

4° La voix puise les caractères du timbre aux mêmes sources que ceux de l'intensité, avec cette différence toutefois que le timbre de la voix se trouve surtout déterminé par la cavité bucco-nasale, et son intensité par la cavité pharyngée, dont l'ampleur est l'une des conditions les plus essentielles de la puissance de la voix.

Traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. — M. Woillez divise en deux phases l'historique du rhumatisme cérébral; l'une part de 1859; l'autre commence en 1870. Dans la première phase le rhumatisme cérébral, avec délire, coïncidant avec l'apaisement des douleurs articulaires était considéré comme une affection presque constamment mortelle; dans la seconde, il a été démontré que la réfrigération et les bains froids ont eu une supériorité marquée sur tous les autres traitements. Depuis que

j'ai utilisé cette médication, dit M. Woillez, je n'ai jamais eu à regretter de l'avoir employée, puis qu'elle m'a constamment réussi, tandis que, au contraire, j'ai eu deux fois le profond regret de voir le malade succomber dans les vingt-quatre heures, faute de traitement par les bains froids. Pour M. Woillez l'indication du traitement par les bains froids existe lorsque le délire intercurrent coïncide avec une hyperthermie de 40° au moins et avec l'atténuation ou l'abolition de la fluxion des articulations

---

1123. — Société de chirurgie (13 octobre); *Ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule.* — M. Farabeuf revient sur le procédé qu'il a indiqué dans la dernière séance et qu'il persiste à trouver le meilleur. Il prend comme point de ralliement la clavicule et le muscle sous-clavier; ce qui vaut mieux, selon lui, que le bord supérieur du petit pectoral, parce que en cet endroit on trouve beaucoup de vaisseaux, de nerfs qui peuvent compliquer l'opération.

Traitement des ulcères virulents et phagédéniques. — Eu égard à la persistance opiniâtre de ces ulcères, M. Marc Sée emploie le traitement suivant. Il enlève avec une curette tranchante toute la matière pulpeuse qui recouvre l'ulcère jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur les tissus sains: il ouvre tous les clapiers. S'il on a affaire à des chancres situés sous le prépuce à la base du gland, il se sert du thermo-cautère. Quand il a tout enlevé, il pratique une nouvelle cautérisation avec le thermo-cautère et il applique ensuite un traitement antiseptique.

Difformité de la jambe. — M. Guéniot présente une petite fille de sept ans, enfant abandonnée, ayant une incurvation très prononcée des deux tiers supérieurs du tibia; on dirait presque que la peau va être perforée; à la jonction des trois quarts supérieurs et du quart inférieur, il y a une déviation angulaire de 108°. La jambe gauche offre un raccourcissement de 8 centimètres. Le fémur a sa longueur normale, mais il y a une atrophie énorme de toutes les parties molles du membre inférieur. Il y a de plus une déviation à gauche du bassin. Cette enfant peut cependant marcher un peu. Elle appuie d'abord son pied sur le sol, puis elle appuie la portion coudée du tibia sur le pied.

M. Farabeuf croit qu'il s'agit là d'une pseudarthrose consécutive à une fracture méconnue.

M. L. Labbé est d'avis qu'il faudrait d'abord faire la section du tendon d'Achille comme opération préalable et il n'hésiterait pas ici à conseiller une ostéotomie cunéiforme, opinion que ne partage pas M. Le Dentu.

M. Nicaise. croit qu'avec la section du tendon d'Achille et l'extension continue, on pourrait obtenir un redressement du membre; on pourrait ensuite faire l'ostéotomie dans de meilleures conditions.

M. Farabeuf croit avec M. Le Dentu que dans l'ostéotomie il faudrait enlever une portion considérable du tibia; il croit cependant que l'on pourrait obtenir un bon résultat à cause de l'accroissement du cartilage épiphysaire, et parce que le pied n'est pas luxé sur le tibia.

1124. — Société médicale des hôpitaux (8 octobre). — *Urémie.* — M. Guyot a reçu dans son service le 30 septembre un malade qui avait été relevé sans connaisance sur la voie publique. Il était dans un coma absolu, présentait une anesthésie et une analgésie complètes, perdait ses urines et ses matières fécales, avait les pupilles dilatées, de l'albuminurie et une température s'élevant à 40°6. Il est mort le 3 octobre sans avoir repris connaissance. On apprit que cet homme, employé à la cartoucherie de Meudon, avait reçu une blessure à la tête. Sous l'influence de certaines excitations, il y avait des mouvements réflexes à la face et une légère contraction des membres.

L'autopsie a montré que le malade avait succombé à l'urémie. Le rein gauche était complètement détruit et occupé par un calcul de phosphate de chaux. Il n'y avait rien au cerveau.

Lèpre. — M. Ducazal avait signalé, dans une dernière séance, l'observation d'un malade affecté de lèpre et qu'il avait essayé de guérir pas l'administration de l'acide phénique à la dose de 1 gramme par jour, en potion d'abord puis en pilule.

M. Besnier emploie à Saint-Louis l'acide phénique sous forme de pilules: il le fait prendre à la dose de 1 gramme par jour en dix pilules de 0,10 centigr., et il n'a jamais constaté aucun accident. Ce médicament ne guérit pas la lèpre, mais il diminue ses symptômes.

M. Hillairet a essayé dernièrement un médicament nouveau l'oangnan, importé d'Ecosse. C'est une plante de la famille des Strychnées. Le malade a vu les tubercules s'affaisser un peu; mais M. Hillairet ne peut encore se prononcer sur la valeur de ce médicament.

Hyoscyamine, ses dangers. — M. Empis donne des soins à un malade affecté de paralysie agitante. Après avoir employé divers médicaments, il a prescrit l'hyoscyamine à la dose de 5 milligrammes, d'emblée, sous forme pilulaire. Le tremblement disparut presque, mais le malade fut comme ivre, eut un vomissement, se plaignit d'avoir le sang à la tête. Néanmoins le lendemain, sans l'avis du médecin il prit une nouvelle pilule de 5 milligrammes. Même sensation d'ivresse, physionomie inquiète, langue sèche et lourdes, sensation de mastic dans la bouche; nausées et disparition du tremblement. Hallucination de la vue; délire croissant, continu, avec secousse tétanique et dilatation des pupilles; déglutition impossible, dyspnée; le malade ne reconnaît plus son entourage; 96 puls. Cet accès dura trois heures. Le malade prit du café; on lui fit des frictions sur les membres et il revint à son état normal, ne conservant que le souvenir des hallucinations des sens.

M. Empis en conclut que l'hyoscyamine est un médicament dangereux et que la dose de 5 milligrammes lui paraît trop élevée.

M. Dujardin-Beaumetz insiste sur les dangers résultant de l'emploi d'un alcaloïde non cristallisé: et jusqu'à ce jour on n'a pas encore obtenu l'hyoscyamine sous cette forme. Les dangers dépendent encore des parties de la plante dont on la retire, des pays qui la produisent, etc. M. Dujardin-Beaumetz signale à ce propos le danger des médicaments qui s'accumulent dans l'économie.

M. Joffroy a employé l'hyoscyamine à la dose de 5 à 12 milligrammes par jour, sans avoir jamais constaté d'effets dangereux. Il fait observer que ce médicament, s'éliminant par les urines, il est bon de s'assurer d'avance de l'état des reins.

A propos des accidents occasionnés par l'usage des solanées, M. Dujardin-Beaumetz fait observer que l'antagonisme admis entre les opiacés et les solanées est une erreur. Les expériences faites pour Hughes Bennet et par Kaupstein (de Bonn) le démontrent d'une façon péremptoire: et aujourd'hui ces deux médicaments associés donnent quelquefois d'excellents résultats.

M. Hallopeau fait observer que si les doses un peu fortes de belladone ou d'atropine donnent lieu à des symptômes graves d'intoxication, jamais à sa connaisance ils n'ont occasionné la mort.

COMPENDIUM DE THÉRAPEUTIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1125. — De la pilocarpine dans les manifestations de la syphilis, par Lewin. — Le médecin de la Charité de Berlin a essayé la pilocarpine à cause de son action sur les glandes salivaires et sudoripares. Il a traité, dans le cours de trois ans et demi, trente-deux malades atteints de différentes variétés de syphilides, avec des injections sous-cutanées de 0,015 milligr. de pilocarpine, et il en a guéri 78 0/0. Sur 7 malades, deux présentaient des formes graves de la syphilis, et avaient résisté à un traitement mercuriel énergique; elles ne guérirent qu'incomplètement, et les injections de sublimé terminèrent la cure. Chez les cinq autres, on fut obligé de suspendre la médication à cause d'accidents intercurrents, endocardite, hémoptysie, collapsus, etc.

Les malades guéris présentaient de larges condylomes, des exanthèmes variés, des lésions du pharynx, une périostite gommeuse, et un ulcère de jambe.

La durée moyenne du traitement est de 34 jours. La dose de substance active injectée chaque fois est habituellement de 0,015 milligr. Le traitement pourrait exiger moins de temps si les malades voulaient se soumettre à une injection quotidienne; mais dès qu'ils voient leurs manifestations s'amender, on est obligé de n'avoir recours au remède que de plus en plus rarement.

La pilocarpine paraît prévenir avec plus de sûreté les récidives que le traitement par le mercure et que les dépuratifs végétaux. Mais au point de vue de la facilité d'administration, de la sûreté du résultat et de la rapidité de la guérison, cette médication est inférieure aux injections de sublimé ; car elle laisse à sa suite une certaine sensibilité aux influences de la température, qui oblige des malades à garder quelque temps la chambre, sous peine de s'exposer à des affections arthritiques et rhumatismales.

D'après les expériences de Lewin et des autres auteurs, la pilocarpine et ses sels agissent surtout sur les glandes salivaires et sudoripares. Les accidents que peut déterminer son emploi, et qui peuvent obliger à suspendre le traitement, sont les nausées, vomissements, céphalalgies, crampes, tremblements des mains, gonflements des glandes sous-maxillaire, affaiblissement, perte de sommeil, érysipèle facial, stomatite, etc. (*Charité Annal. et Cbl. für klin. medicin.*, juillet 1880.)

1126. — De l'emploi de l'oxalate de cérium contre la toux, par Theesmann. — L'auteur a essayé l'oxalate de cérium sur 50 malades, la plupart phthisiques, de l'hôpital Saint-Luc (New-York), et dans la plupart des cas il a obtenu un notable soulagement des accès de toux. Voici les conclusions de son mémoire :

1° On peut administrer ce remède à la dose de 0,06 cent. et plus en trois prises, et cela pendant plusieurs jours ; on donne 0,03 cent. au début pour un adulte;

2° L'unique symptôme qui peut se manifester après l'ingestion de cette substance est un peu de sécheresse de la bouche le premier jour;

3° L'oxalate de cérium, pris en poudre, produit d'excellents effets: ceux-ci se manifestent au bout de deux ou trois jours, et persistent quelque temps encore après que l'on en a cessé l'usage;

4° Dans la toux chronique, le remède s'administre le matin et le soir, quelquefois dans le jour, s'il y a lieu ;

5° Les résultats sont ordinairement excellents; ce médicament n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'estomac ; il est même très utile contre les nausées et les mauvaises digestions. (*New-York med. Rec.* et *Cbl. fur klin. medicin*, juillet 1880).

1127. — De l'emploi du protoxyde d'azote dans le traitement de certaines affections nerveuses, par les Drs Blake et Mac Lane Hamilton. — Les auteurs ont eu l'ingénieuse idée d'employer les propriétés excitantes du protoxyde d'azote dans le traitement de la mélancolie et de certaines affections nerveuses de forme asthénique. Ils ont entrepris, à cet effet, une série d'expériences dont les résultats, quoique encore incomplets, paraissent devoir être très satisfaisants.

Ils ont appliqué les inhalations de ce gaz mélangé d'air dans les cas de prostration nerveuse, chez des femmes atteintes de névroses hystériques et dans certaines formes de mélancolie. Ils ont ainsi obtenu une stimulation passagère et qui devenait souvent le point de départ d'une amélioration notable dans les symptômes nerveux.

Les auteurs se sont servis du protoxyde d'azote liquéfié, qui est habituellement en usage pour l'anesthésie.

Le gaz doit toujours être mélangé d'air, ce qui s'obtient facilement en l'administrant avec l'inhalateur qu'emploient ordinairement les dentistes. L'inhalateur détermine immédiatement une excitation agréable et une sorte d'hilarité. Il ne faut pas chercher à obtenir des effets plus accentués et surtout arriver à la dose anesthésique, ce qui pourrait être nuisible.

MM. Blake et Hamilton conseillent également ce traitement dans l'alcoolisme, et particulièrement dans la première période du *delirium tremens*. Ils ont également obtenu de bons résultats dans l'insomnie. Dans ce cas, le gaz était administré, non pas au moment de se mettre au lit, mais dans le milieu de la journée.

Les auteurs font maintenant de nouvelles expériences qui ne peuvent manquer d'être intéressantes sur l'action du protoxyde d'azote dans le traitement de certaines vésanies chroniques. (*New-York medical Record*, 31 janvier 1880 et *Gaz. Hebd.*)

1128. — Traitement du choléra infantile par les lavements de sulfate de quinine à haute dose. — Le Dr Bonig rejette les opiacés, le froid, l'acide phénique, les astringents et les révulsifs cutanés; il emploie les toniques, les stimulants (vin de Tokay, éther), le sulfate de quinine à des doses énormes pour de très-jeunes enfants, jusqu'à 8 grammes en dehors, par *lavement*, 2 grammes répétés de demi-heure en demi-heure, l'alimentation est réduite au lait bouilli coupé de moitié d'eau bouillie.

NOUVELLES.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Ecole pratique* (2, rue Vauquelin). — Médecine opératoire, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. Cours d'automne.

M. le Dr Duret, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mercredi 20 octobre 1880, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront : 1° se munir d'une carte délivrée au Secrétariat de la Faculté, carte attestant qu'ils ont 16 inscriptions et ont acquitté les droits réglementaires ; 2° se faire inscrire immédiatement après à l'École pratique, bureau du chef du matériel, de 1 heure à 4 heures, à partir du 15 inclusivement.

Nota. Les bureaux du Secrétariat de la Faculté seront ouverts, pour la délivrance des cartes, le vendredi 15 et jours suivants de 1 heure à 4 heures.

— ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.— *Concours public pour la nomination à deux places de médecin-adjoint* du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse-hommes (Bicêtre) et à l'hospice de la Vieillesse-femmes (Salpêtrière).

Ce concours sera ouvert le mercredi 1er décembre 1880, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront incrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 30 octobre, et sera clos le lundi 15 novembre 1880, à 3 heures.

Conditions et programme du concours. (Extrait de l'arrêté préfectoral du 9 juillet 1880, approuvé par le ministre de l'intérieur.) — Les candidats qui se présentent aux concours ouverts pour les places de médecin-adjoint des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de 28 ans au moins.

Ils doivent justifier, en outre :

Soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de

Paris ou dans les asiles publics d'aliénés, et d'une année de doctorat.

Soit encore de cinq années de doctorat.

Les candidats doivent se présenter au Secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Les épreuves du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante :

1° Une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures ;

2° Une épreuve clinique commune sur un malade. — Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le jury après cinq minutes de réflexion.

3° Une épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade. — Il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade, et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion.

4° Une épreuve écrite comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation. La lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante.

5° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. — Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades et trente minutes pour la dissertation orale après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour la première preuve écrite	30 points.
Pour l'épreuve clinique commune	20 points.
Pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales à un seul malade	20 points.
Pour la deuxième épreuve écrite	30 points.
Pour l'épreuve clinique sur deux malades	30 points.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — La composition écrite a eu lieu mardi. C'était la suivante : *Voile du palais, érysipèle de la face.*

Les membres du jury sont MM. Bernutz, Hayem, Dumontpallier, Labadie-Lagrave, Humbert, Monod, J. Lucas-Championnière.

La lecture des copies, commencée mercredi à 4 heures, aura lieu les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

— HOSPICES DE MARSEILLE. — Le lundi 6 décembre 1880, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour trois places d'élèves internes.

Le lundi 3 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour deux places d'élèves externes.

Le traitement des internes est de 800 francs la première année, de 900 francs la seconde et de 1,000 pour la troisième. — Les externes touchent 300 francs par an.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu.

— M. Lefranc de Pompignan vient de faire léguer, en mourant, à la ville de Toulouse une rente annuelle de 1,500 francs destinée à fournir, à l'élève de troisième année de l'École de médecine de cette ville, le plus méritant et le moins favorisé de la fortune, toutes facilités de compléter ses etudes à la Faculté de médecine de Paris.

— DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les Drs Pidoux et Bergeron viennent d'être promus au grade de commandeur de la Légion d'honneur, et Rémond et J.-B.-A Michel, chevaliers.

M. le Dr Fort vient d'être nommé chevalier de la Rose du Brésil, pour sa mission scientifique au Brésil.

MARINE. — M. le Dr Sablé (Prudent-François-Marie), médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

— OFFICIERS DE SANTÉ. — MM. les aspirants au titre d'officier de santé sont prévenus que la deuxième session annuelle d'examens pour le certificat de grammaire, dont ils doivent justifier, conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854, pour être admis à prendre leur première inscription de médecine, s'ouvrira à la Sorbonne le 5 novembre 1880, à 9 heures du matin, salle Gerson. Le registre d'inscriptions sera ouvert à dater du 15 octobre, au secrétariat de l'Académie ; il sera clos le 25 du même mois à trois heures. Les candidats ont à produire : 1° une demande d'inscription sur timbre et légalisée ; 2° leur acte de naissance sur timbre également ; 3° un certificat de moralité.

— NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. Dusseris fils, Missa (de Soissons), Peisse, membre associé de l'Académie de médecine, Garcin, ancien médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement.

Maladies des enfants et cérébroscopie. — M. le Dr Bouchut, médecin des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149, a recommencé ses leçons cliniques le mardi 19 octobre à 8 heures et demie du matin.

La première séance sera consacrée à la *Cérébroscopie*, au moyen de démonstrations faites par la lumière oxydrique et par la projection lumineuse de toutes les lésions de l'œil causées par les maladies du cerveau.

— *Mortalité à Paris.* — Population d'après le recensement en 1876 : 1,988,806 habitants, y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000. — Du vendredi 8 au jeudi 14 octobre, les décès ont été au nombre de 932. Ils sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 28. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, Croup, 34. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Méningite (tuberculeàse et aiguë), 39. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élévés : au biberon, 46 ; au sein et mixte, 42 ; inconnu, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89 ; — de l'appareil circulatoire, 59 ; — de l'appareil respiratoire, 63 ; — de l'appareil digestif, 46 ; — de l'appareil génito urinaire, 16 ; — de la peau et du tissu lamineux, 5 ; — des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1 ; fièvre infectueuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 1. — Mort violentes, 38. — Causes, non classées, 5. — Nombres obsolus de la semaine, 932.

Résultats de la semaine précédente : 849.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Henry, rue de l'Ecole de médecine 13.

Note sur un nouveau stéthoscope, par Boudet, de Paris, 60 centimes.

Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Nouvelle méthode de la cure radicale de l'hydrocèle par l'injection de quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fer au 16e, par A. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, Paris, 1880, gr. in-8°, 48 grav. et 1 planche, 3 francs ; librairie J.-B. Baillère et fils, rue Hautefeuille, 19.

Le Propriétaire-Gérant : Dr BOUCHUT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31